

А. А. БАБЛОЯН, Г. Г. ОКОВ, К. Г. ТЕР-АКОПОВА

ВЛИЯНИЕ ОКСИПРОГЕСТЕРОН-КАПРОНАТА
НА ДИНАМИКУ РОСТА МИОМЫ МАТКИ

Проведено ультразвуковое сканирование у больных с миомой матки с субсерозным и интерстициальным расположением узлов, отсутствием признаков нарушения питания и некроза. Организовано консервативное лечение оксипрогестерон-капроном, выявившее высокую эффективность гормональной терапии при данном заболевании.

До последнего времени больные с миомой матки преимущественно подвергались хирургическому лечению. Однако в настоящее время разработаны эффективные методы консервативного лечения. Установлено, что среди причин возникновения миомы матки особую роль играет повышение количества эндогенных эстрогенов [3, 5]. В связи с этим при лечении миомы стали активно использоваться производные прогестерона.

С целью выявления действия оксипрогестерон-капроната на динамику роста миомы матки нами обследовано 104 женщины в возрасте от 22 до 46 лет. Больные были подразделены на III группы. В I группу вошли 44 женщины (45,42%) с гиперполименореей, во II—30 (27,29%) с нормоменореей, III группу (контрольную) составили 30 (27,29%) женщин, у которых гормонотерапия не применялась, а лечение носило симптоматический характер. У всех больных I и II групп выявлены субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы. При наличии субмукозных узлов, сопровождающихся гиперполименореей, проводилось только хирургическое лечение.

Таблица

Динамика роста миомы матки после лечения оксипрогестерон-капроном (в см) и при симптоматической терапии

Группа	До лечения			После лечения			Р
	длина	передне-задний размер	ширина	длина	передне-задний размер	ширина	
I	10,01±1,56	8,52±1,65	8,24±2,67	9,07±1,25	7,4,±2,51	7,22±1,71	<0,05
II	10,81±1,92	9,34±1,92	9,24±2,96	9,52±2,96	8,34±1,65	7,46±2,46	<0,05
III	9,47±1,84	8,12±2,57	6,52±2,11	9,94±1,59	8,65±2,04	7,19±3,04	<0,1

Оксипрогестерон-капронат назначался по 1 мл 12,5% масляного раствора на 17, 19 и 21-й дни менструального цикла внутримышечно.

Для наблюдения за изменениями размеров матки проводилось ультразвуковое сканирование в динамике. Эхографическое исследование осуществлялось с помощью аппарата «Dia sonograph NE 4200» (Шотландия), работающего по принципу серой шкалы. Данная модель позволяет получать изображение в различных оттенках серого цвета (от черного до белого), причем интенсивность оттенков находится в прямой зависимости от акустической плотности исследуемых тканей. Частота испускаемых ультразвуковых волн—2,25 мГц, максимальная глубина зондирования—300 мм, интенсивность ультразвукового излуче-

ния—от 5 до 8 мвт/см^2 . Для лучшей визуализации органов малого таза применяли методику наполненного мочевого пузыря. Вначале определяли степень его наполнения и расположения матки в малом тазу, затем проводили продольное и поперечное сканирование в двух взаимоперпендикулярных плоскостях. При проведении продольного сканирования определяли длину и передне-задний размер матки. Длина матки измерялась от ее дна до области внутреннего зева; ширина определялась при поперечном сканировании. Ультразвуковое исследование осуществляли в строго определенные дни (от 10 до 15) менструального цикла. При подозрении на субмукозное расположение миоматозного узла проводилось дополнительное исследование непосредственно во время менструации.

На основании данных эхо-графии нормальной считали матку со следующими параметрами: длина— $5,2 \pm 0,3$ см, передне-задний размер— $3,8 \pm 0,2$ см, ширина— $5,1 \pm 0,6$ см [2].

Основным признаком, свидетельствующим о наличии миомы, является увеличение размеров матки. Эхо-графическое изображение миомы матки отличается большим разнообразием, что связано в основном с размерами, локализацией и количеством узлов [4].

При использовании серой шкалы эхо-структура миоматозного узла представлена множественными эхо-положительными образованиями умеренной акустической плотности (рис.). При наличии кистозного

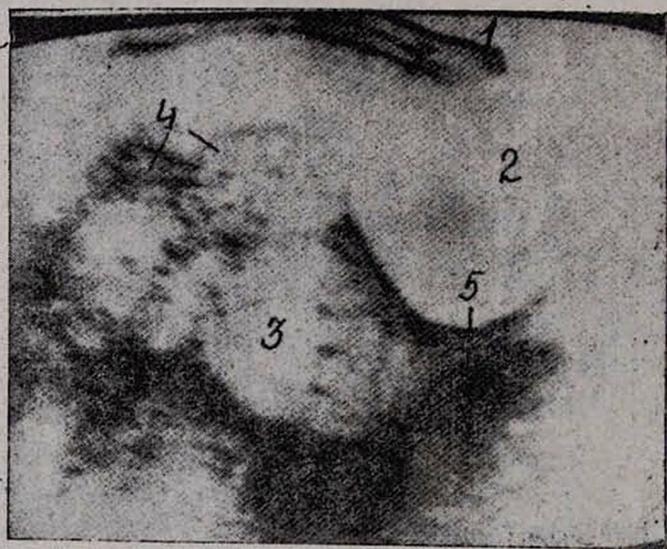


Рис. Эхо-грамма субсерозной миомы матки 1. Передняя брюшная стенка. 2. Мочевой пузырь. 3. Тело матки. 4. Субсерозные миоматозные узлы. 5. Влагалище.

перерождения опухоли в связи со снижением акустической плотности ткани появляются эхо-негативные участки. В обоих случаях задняя стенка матки визуализируется в достаточной мере. При обызвествлении опухоли в связи с возрастающим поглощением ультразвуковых волн зад-

няя стенка матки, как правило, не прослеживается, появляется так называемое акустическое окно.

Определенные трудности возникали при диагностике субсерозной миомы на ножке. При дегенеративных и отечных изменениях подобных узлов ультразвуковое сканирование практически не позволяет дифференцировать их от опухоли яичника. Окончательный диагноз в этих случаях устанавливается только после визуализации нормального яичника.

Результаты эхо-графического обследования больных I, II, III групп приведены в таблице.

Как в I, так и во II группе выявлено статистически достоверное уменьшение размеров миомы матки, наступившее после лечения оксипрогестерон-капронатом: в I группе уменьшение размеров узла у 33 (75,0%) и стабилизация роста опухоли—у 11 (25,0%) больных, во II—у 27 (90,0%) и у 3 (10,0%) соответственно.

Подобной тенденции не отмечали в контрольной группе, где после проведенного симптоматического лечения в основном регистрировалась положительная динамика роста опухоли (группа III, таблица).

Подтверждением полученных данных является и число хирургических вмешательств, произведенных после неуспешного консервативного лечения. Так, если в I, II группах прооперировано соответственно 4 (9,09%) и 3 (10,0%) женщин, то в контрольной группе к надвлагалищной ампутации матки пришлось прибегнуть у 9 (30,0%) больных.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о достаточной эффективности консервативного лечения миомы матки оксипрогестерон-капронатом. В то же время следует воздержаться от гормональной терапии в случаях нарушения питания и некроза миоматозного узла, субмукозной его локализации с выраженной гиперполименореей, а также при значительном увеличении размеров матки.

Кафедра акушерства и
гинекологии № 1

Ленинградского ГИУВ,

НИИ акушерства и гинекологии им. Н. К. Крупской

Поступила 12/1 1985 г.

Ա. Ա. ԲԱՔԻՈՅԱՆ, Գ. Գ. ՕԿՈՆՎ, Կ. Գ. ՏՆՐ-ԱԿՈՊՈՎԱ

ՕՔՍԻՊՐՈՂԵՍՏԵՐՈՆ-ԿԱՊՐՈՆԱՏԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՐԳԱՆԴԻ ՄԻՈՄԱՆԵՐԻ ԱՃԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ՎՐԱ

Կատարվել է ուլտրաձայնային հետազոտություն արգանդի ենթալորձային և ինտերստիցիալ տեղակայված միոմաների սնուցման խանգարման և նեկրոզի բացակայության պայմաններում:

Անց է կացվել հիվանդների կոնսերվատիվ բուժում օքսիպրոգեստոն-կապրոնատով:

Ստացված տվյալները ապացուցում են արգանդի միոմայով հիվանդների հորմոնալ թերապիայի բարձր արդյունավետությունը:

OXYPROGESTERON—CAPRONATE EFFECT ON THE CROWTH DYNAMICS OF THE UTERINE MYOMA

The ultrasonic scanning has been performed in patients with uterine myoma in the presence of subserons and interstitial location of nodes and absence of the signs of nutriton-disturbances and necrosis. The conservative oxyprogesteron—capronate therapy was carried out.

The results obtaned manifest the high effectiveness of the hormonal therapy of patients with uterine myoma.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М., 1981.
2. Зыкин Б. И. Канд. дисс. М., 1981.
3. Лесакова А. С. Миома матки. М., 1971.
4. Персианинов Л. С., Демидов В. Н. Ультразвуковая диагностика в акушерстве. М., 1982.
5. Baggish M. Clin. Obstet. Gynec., 1974, 17, 12, 51.

УДК 616.831—053.2

Д. К. ГЕВОРКЯН, С. А. МАНУКЯН, С. А. ПАШИНЯН

ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОРЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

На секционном материале изучались различные отделы головного мозга детей, умерших от ОРЗ, с целью выяснения как степени поражения, так и их роли в танатогенезе. Показано, что при ОРЗ в различных отделах ЦНС возникают морфофункциональные и структурные изменения как дистрофического, так и воспалительного характера.

Наиболее частой причиной смерти детей раннего возраста являются острые респираторные заболевания, которые нередко сопровождаются поражением головного мозга.

На этиологическую связь между острыми респираторными вирусными и вирусно-бактериальными инфекциями и развивающимися при этом поражениями центральной нервной системы (ЦНС) у детей указывают многие авторы [1—16]. Однако единого мнения в этом вопросе нет. Одни авторы [3, 8, 9, 10] считают возможным непосредственное воздействие вируса на ткань мозга и ставят вопрос о развитии первичного воспалительного процесса при острых респираторных вирусных инфекциях, что подтверждается данными литературы [9, 10] о выявлении антигенов вируса непосредственно в менингоцитах и эпендимоцитах желудочков головного мозга. Другие авторы [1, 6, 8] полагают, что поражение ЦНС при вирусных инфекциях возникает вторично в результате микродинамических расстройств и воздействия продуктов жизнедеятельности вируса, а развитие воспалительного процесса связывают с наложением вторичной бактериальной инфекции.